

DES ADHÉRENCES
DANS
L'EXTIRPATION DES TUMEURS
ABDOMINALES

RÉSECTION ET ENTÉRORRAPHIE DANS LES ADHÉRENCES INTESTINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE FOILLARD

Né le 4 Juin 1867 à Romandèche (Saône-et-Loire)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1893

DES ADHÉRENCES
DANS
L'EXTIRPATION DES TUMEURS
ABDOMINALES

RÉSECTION ET ENTÉRORRAPHIE DANS LES ADHÉRENCES INTESTINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE FOILLARD

Né le 4 Juin 1867 à Romandche (Saône-et-Loire)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONÇET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEVIC.	PERRET.		

M. ÉTIÉVANT, *Secrétaire*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président*; M. FOCHIER, *Assesseur*; MM. POLLOSSON et JABOULAY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Nous avons pu voir cette année, en suivant le service de M. Auguste Pollosson, une malade atteinte d'un volumineux fibrome kystique, sur laquelle une laparotomie fut pratiquée; une adhérence intestinale étendue fut traitée par la résection, suivie d'entérorraphie circulaire.

M. Auguste Pollosson, en rapportant ce cas à la Société des sciences médicales, le 26 avril 1893, émit l'idée qu'une pareille conduite lui paraissait le procédé le plus rapide, le plus sûr et le plus innocent pour traiter les adhérences intestinales dans les tumeurs abdominales.

Il rappela qu'il avait vu suivre une conduite pareille par M. le professeur Poncet, dans un cas analogue, c'est cette observation et la communication qui a suivie qui ont servi de point de départ à notre thèse. Nous nous sommes proposé d'abord d'étudier les adhérences intestinales

observées dans les laparotomies et de discuter les conduites à suivre.

Nous avons été amené, par la suite, à étendre le sujet de notre thèse, et à comprendre dans notre travail l'étude des adhérences en général qui peuvent se produire dans les tumeurs inflammatoires et néoplasiques de l'utérus ou des annexes.

Nous avons successivement porté notre attention sur l'anatomie et sur la physiologie pathologique, puis sur le traitement de ces adhérences.

En étendant ainsi notre sujet, nous avons été obligé de traiter chaque point d'une manière très générale.

Il aurait fallu, pour l'étude de chacun des chapitres que nous avons abordés, soutenir notre opinion par des observations ou par des statistiques; mais semblable travail nous eût conduit trop loin, et nous eût demandé plus de temps que nous ne pouvions lui en consacrer.

Nous avons donc dû procéder différemment : après avoir pris connaissance des travaux publiés par les principaux laparotomistes, et avoir passé en revue les opinions qu'ils ont émises sur chacun des points considérés, nous avons tâché d'exprimer d'une manière très synthétique et très générale l'opinion, nous pourrions presque dire l'impression, de ces opérateurs. Nous nous sommes laissé guider aussi par l'opinion des chirurgiens lyonnais auxquels nous avons demandé conseil pour la rédaction de ce travail. Ainsi faite, notre thèse est passible évidem-

ment d'objections nombreuses ; chacun des points abordés mériterait d'être discuté avec de nombreuses observations à l'appui. Mais, le plus souvent, les laparotomies publiées manquent de détails et ne permettent pas une discussion aussi précise. D'autres après nous pourront essayer, en accumulant des documents, de préciser, de confirmer ou de corriger peut-être parfois les opinions que nous avons émises. Il nous semble pourtant que notre thèse, telle qu'elle est conçue peut constituer comme un chapitre de pathologie élémentaire où l'on pourra trouver des documents utiles. Nous avons étudié d'une manière un peu plus spéciale et plus détaillée, le traitement des adhérences intestinales, point sur lequel les observations publiées sont évidemment peu nombreuses.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur Laroyenne qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

M. Auguste Pollosson, chirurgien major désigné de la Charité, ne nous a pas seulement fourni une intéressante observation, mais il nous a guidé dans la rédaction de notre travail, et plusieurs des points abordés dans le chapitre d'anatomie pathologique, par exemple, sont le résumé de son opinion. Nous le remercions de l'aide bienveillante qu'il nous a fournie.

M. le professeur Poncet a bien voulu nous communiquer une observation intéressante de résection d'une anse intestinale adhérente ; ses idées sur la question

nous ont également servi de guide et notre gratitude lui est acquise.

A tous ceux qui, directement ou indirectement, nous ont aidé dans l'exécution de ce travail, nous exprimons toute notre reconnaissance.

DES ADHÉRENCES
DANS
L'EXTIRPATION DES TUMEURS
ABDOMINALES

RÉSECTION ET ENTÉRORRAPHIE DANS LES ADHÉRENCES INTESTINALES

CHAPITRE PREMIER

**Anatomie et physiologie pathologique
des adhérences.**

Dans les opérations que l'on pratique sur les tumeurs de l'utérus ou des annexes, et même dans les tumeurs abdominales en général, les difficultés opératoires sont créées le plus souvent par l'existence des adhérences. Parmi ces adhérences, on peut considérer celles qui se font à la paroi; celles qui se font à l'épiploon et en dernier lieu à l'intestin; toutes se présentent sous des aspects variables, suivant la nature de la tumeur adhérente et suivant le point où elle vient se fixer.

I. Les tumeurs inflammatoires sont particulièrement disposées à entrer en connexion avec les organes environnants; aussi, est-ce dans des cas de salpyngite ou de salpyngo-ovarite que l'on observe les adhérences les plus

étendues et les plus intimes. Il est rare qu'elles n'existent pas à un certain degré, et elles peuvent devenir générales. Dans les salpyngo ovarites, la tumeur inflammatoire peut venir se fixer à l'utérus, au péritoine du cul-de-sac de Douglas et à celui de l'excavation. Par l'intermédiaire de ce péritoine, des connexions peuvent s'établir avec le rectum, avec l'S iliaque et plus rarement avec la face postérieure de la vessie; c'est aussi par l'intermédiaire des adhérences péritonéales de l'excavation que s'établissent des adhésions avec l'uretère. Les connexions restent parfois limitées ainsi aux parties inférieures ou inféro-latérales de la tumeur inflammatoire.

D'autres fois, des adhérences s'établissent à la partie supérieure de la masse enflammée. Les anses intestinales, qui flottent à la surface des annexes malades, viennent se fixer par une agglutination d'abord molle, puis plus solide; elles s'agglutinent également entre elles au contact de la tumeur inflammatoire, au-dessus de laquelle elles arrivent ainsi à former comme un cloisonnement ou un diaphragme d'adhérences, qui sépare le foyer pathologique de la grande cavité péritonéale. Telles sont ces adhérences considérées au point de vue de leur siège et de leur étendue.

À point de vue de leur texture, les diverses formes que l'on peut observer semblent en rapport surtout avec la date de leur formation. Au début, c'est d'un exsudat séro-fibrineux qu'il s'agit; la surface enflammée subit une sorte de dépoli qui se recouvre d'une mince exsudation blanchâtre et peu consistante. Les organes qui sont en contact avec les points ainsi modifiés subissent plus ou moins vite une modification analogue, et ces deux

surfaces commencent à adhérer faiblement et cessent de glisser l'une sur l'autre. Plus tard, on verra se faire dans cet exsudat un véritable travail d'organisation. Des leucocytes libres viendront infiltrer et pénétrer la fausse membrane fibrineuse, et donneront naissance à des traînées de tissu embryonnaire dans lesquelles apparaîtront des vaisseaux. Ils seront d'abord sans parois propres, et se mettront en connexion circulatoire, soit avec l'une, soit avec l'autre des deux surfaces en contact, puis le travail progressant, la circulation s'établira d'une surface à l'autre. Cette phase est constituée par l'apparition de néo-membranes vascularisées et molles. Si l'on intervient à ce moment, on conçoit la possibilité de décoller sans peine par des tractions faibles, les surfaces adhérentes. Il résultera seulement de chaque côté un suintement léger de sang, qui ne pourra jamais acquérir une importance véritable, et qui ne tardera pas à s'arrêter sous l'influence d'une compression exercée pendant quelques instants.

Si des adhérences semblables se sont formées sur une faible étendue ; si l'organe malade est encore doué d'une certaine mobilité, comme cela existe pour des salpyngites chroniques peu volumineuses ; ou bien encore, si la production inflammatoire s'est fixée à un organe mobile comme l'intestin, la vessie, ou même l'utérus ; nous verrons les néo-membranes s'allonger peu à peu sous l'influence des tiraillements légers qu'elles subissent ; et au lieu d'avoir des agglutinations en surface, nous verrons se constituer des adhérences filamenteuses ou en ruban, qui pourront acquérir une longueur de plusieurs centimètres sur un centimètre de largeur à peu près ; ces filaments sont vascularisés, les vaisseaux qui unissaient

les surfaces ont subi une simple élongation. A une date précoce, ces adhérences sont peu résistantes et faciles à déchirer, le tissu qui porte les vaisseaux étant encore à la phase embryonnaire. A une date plus avancée, ce tissu évoluera vers le type connectif et les adhérences seront plus solides.

Si nous considérons maintenant les adhérences formées entre une tumeur inflammatoire immobile en raison de son volume et un organe immobile lui-même ; ou bien encore, si nous considérons des adhérences larges et non susceptibles par conséquent de s'allonger par tiraillement ; nous assisterons à des transformations identiques aux premières au point de vue histologique, mais très différentes au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique et par conséquent au point de vue clinique. La fausse membrane primitive, large, mais mince, se transformera par l'envahissement des leucocytes ou des cellules embryonnaires en une néo-membrane vascularisée par les deux surfaces qui sont en contact. Une transformation conjonctive, puis fibreuse, s'établira et rendra l'union très intime et très solide. Cette union sera renforcée d'ailleurs par le développement des vaisseaux qui vont d'une surface à l'autre ; et dans certains cas cette vascularisation sera développée à un tel point, qu'une partie de la tumeur inflammatoire arrivera à recevoir sa nutrition moins de ses vaisseaux propres, que de ceux de l'organe auquel elle est venue se fixer.

Si les adhérences molles du début, ou les adhérences filamenteuses allongées, constituent au point de vue opératoire une difficulté minime, il n'en est pas de même évidemment de ces adhérences en surface, qui tout en

étant très larges et minces, deviennent très résistantes. Dans ces cas, en effet, le décollement ne pourra plus se faire, et si l'on sépare les points en contact, on obtiendra cette désunion, non pas par un clivage dans l'épaisseur de l'adhérence, mais par une déchirure de l'un ou de l'autre des organes adhérents. Cette déchirure peut être insignifiante et sans danger si elle se fait superficiellement, ou sur un organe sans importance ; mais on conçoit qu'il puisse en résulter de graves inconvénients, si elle se produit sur un organe important, tel que la vessie, l'intestin, l'uretère, et si la zone déchirée présente une certaine épaisseur. On pourra tout d'abord avoir affaire à une hémorragie en nappe, peu grave en elle-même, mais très gênante au point de vue opératoire, parce qu'elle empêche de bien voir ce que l'on fait. Même en dehors de l'hémorragie, il se peut que l'on soit aussi très gêné pour s'orienter, et pour savoir s'il faut, en continuant le décollement, se tenir plus près ou plus loin de l'organe que l'on sépare de ses adhérences. Le plus grand danger sera évidemment de faire, dans le cours même de l'opération, une véritable déchirure d'un organe tel que l'intestin. Mais sans avoir produit une déchirure immédiate, il n'est point impossible qu'on ait aminci la paroi intestinale sur une certaine étendue, assez profondément pour que dans les jours consécutifs une perforation secondaire s'établisse. Cette perforation aura, en général, pour cause, la mortification de la zone amincie. On conçoit que cette gangrène partielle puisse être facilitée par certaines conditions ; si, pour arrêter l'hémorragie en nappe on a dû cautériser la surface saignante au thermocautère, ou placer quelques pinces hémostatiques qui auront contusionné les tissus, la

probabilité d'une gangrène partielle et d'une perforation secondaire deviendra plus grande. En somme, on conçoit aisément le mode de formation des adhérences dans les tumeurs inflammatoires; c'est sous l'influence de l'inflammation elle-même que se produit tout d'abord l'exsudat; les adhérences seront facilitées dans le cas où les tissus ambiants ne seront pas mobiles, et rendues plus difficiles au contraire, si c'est un organe très mobile qui vient toucher la partie enflammée. La transformation en néomembrane, puis la transformation fibreuse ne sont qu'une affaire de temps.

II. Mais ce ne sont pas seulement les tumeurs inflammatoires qui sont susceptibles de contracter des adhérences, les néoplasmes proprement dits le peuvent également, quoique à un degré bien moindre. On trouve des adhérences autour des kystes de l'ovaire: elles sont loin d'être observées d'une manière constante, surtout si le kyste n'est pas très ancien; elles peuvent manquer complètement aussi dans le cas d'une évolution rapide. Aussi, pouvons-nous dire dès maintenant qu'une condition presque nécessaire pour la production d'adhérences dans les kystes de l'ovaire est la lenteur du développement. Chez les femmes jeunes, où la tumeur se développe en général vite, les adhérences sont plus rares; elles deviennent presque constantes au contraire dans les kystes à marche chronique des vieilles femmes.

Il semble que les manifestations inflammatoires, que l'on observe parfois dans l'évolution des kystes, favorisent d'une manière manifeste la formation des adhérences. Ces inflammations sont dues, nous le savons, quelquefois à des

hémorragies intra kystiques, quelquefois à la torsion du pédicule, souvent à des ponctions antérieures, et dans certains cas peut-être à la présence de microbes variés dans l'intérieur du kyste. Toutes les fois qu'une femme a souffert pendant l'évolution de sa tumeur, on doit s'attendre à trouver pendant l'opération des adhérences variables. Ce ne sont pas ces adhérences elles-mêmes qui provoquaient des douleurs; mais c'est l'inflammation, dont les douleurs étaient symptomatiques, qui a facilité la formation des adhérences. Nous avons pu voir d'une manière assez nette l'influence de cette cause : « l'inflammation », dans des cas de torsion du pédicule. Des adhérences existaient autour de tumeurs petites et récentes, qui, suivant toute probabilité, auraient été complètement libres encore sans la torsion du pédicule. Il est bien entendu que nous faisons allusion à des cas où la torsion du pédicule devait, d'après les commémoratifs des malades, remonter à quelques semaines ou à quelques mois. Il faut, en effet, un certain délai pour permettre à des exsudats de s'organiser.

Une autre condition semble favoriser la production des adhérences, c'est l'immobilité relative des parties en contact ; immobilité qui prolonge le rapprochement exact des surfaces.

Passons en revue, par ordre de fréquence, les adhérences que sont susceptibles de contracter les kystes de l'ovaire ; en premier lieu, celles avec la paroi abdominale antérieure et les parois de l'excavation. Ce sont là les points avec lesquels tout kyste de l'ovaire reste évidemment en contact de la matière la plus durable, quel que soit son développement ; les parties supérieures de la tumeur en effet chan-

gent de place et de rapports pendant son évolution, tandis que les parties inférieures restent immobiles.

Ces adhérences pelviennes sont incontestablement les plus fréquentes ; elles peuvent être très intimes, et solides lorsqu'elles sont de date ancienne. Comme preuve de leur fréquence, nous pouvons citer l'obligation dans laquelle se sont maintes fois trouvés les opérateurs de marsupialiser la partie inférieure adhérente d'un kyste de l'ovaire ; la zone supérieure s'est présentée mobile et a pu être attirée au dehors, mais la zone inférieure reste intimement fixée. Ce n'est pas seulement à propos des kystes des ligaments larges, que l'on est obligé parfois d'avoir recours à cette marsupialisation, mais aussi dans les kystes de l'ovaire proprement dits adhérents par en bas.

Les adhérences avec la paroi abdominale antérieure nous paraissent venir en seconde ligne par ordre de fréquence. Elles peuvent être de largeur très variable ; tantôt elles ont les dimensions de la paume de la main, tantôt elles sont étendues à toute la paroi antérieure du kyste. Elles sont parfois suffisamment lâches ou molles pour être décollées sans peine. D'autres fois, au contraire, elles sont d'une solidité très grande et si intimement unies au péritoine épaissi, que l'opérateur peut hésiter dans certains cas pour savoir : s'il est en train de décoller le péritoine, de la paroi abdominale, ou le kyste, du péritoine. Ces formes d'adhérences larges et solides nous ont paru particulièrement communes dans les cas de kystes de l'ovaire à marche lente développés chez des femmes âgées. Ce sont la lenteur de l'évolution et la durée du contact qui, pour nous, doivent expliquer l'établissement de ces adhérences. Les points longtemps en contact doivent, par le fait de

petits frottements incessants, arriver à se dépouiller de leur épithélium ou de leur endothélium de revêtement, et une fois dépolis, sécrètent à leur surface cette couche de fibrine qui est le point de départ des fausses membranes.

Les adhérences à l'épiploon sont un peu moins fréquentes, mais s'observent encore très souvent. Leurs conditions pathogéniques sont analogues à celles qui président à la formation des adhérences pariétales antérieures. Si en effet, l'épiploon est souvent soulevé par le kyste qui se développe, parfois aussi il reste appliqué en avant contre la paroi abdominale et pressé en arrière par la tumeur, comme une toile tendue entre les deux. Dans ces conditions, le contact prolongé, les irritations dues aux mouvements ou à des frottements légers, viennent réaliser les conditions de formation d'adhérence. C'est le plus souvent la partie inférieure de la toile épiploïque ou son bord libre qui vient se fixer au kyste. Dans ces cas, le bord seul est adhérent, et la partie supérieure de l'épiploon est simplement appliquée contre la tumeur. Dans d'autres cas, toute la surface en contact vient se souder au kyste. Ces adhérences sont toujours vasculaires et leurs vaisseaux sont représentés par les vaisseaux épiploïques eux-mêmes. Elles ne subissent pas de tiraillements bien énergiques, car les tractions se font sentir sur l'épiploon tout entier ; aussi n'a-t-on pas affaire à des adhérences filamenteuses. Il est vrai qu'on n'aura pas à se préoccuper de les décoller, car il sera toujours plus simple de pratiquer la résection des masses épiploïques adhérentes.

Les adhérences intestinales sont incomparablement plus rares ; nous exprimons là une opinion générale, résultant de l'impression des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, mais

il ne nous paraît guère possible de défendre ces classifications par des chiffres précis. On ne trouve que des statistiques générales portant surtout sur les résultats, mais dépourvues de détails. Ces adhérences intestinales peuvent être divisées en deux groupes. Les unes ont pour siège les intestins qui sont en rapport avec la partie inférieure du kyste : le rectum, l'S iliaque ou le cæcum. Dans ces cas, il s'agit, à proprement parler, d'adhérences du kyste avec le péritoine pariétal du bassin, et les parties intestinales que nous avons énumérées, se trouvant pour ainsi dire comprises dans cette couche de revêtement pelvienne, sont englobées par les adhérences. Il s'agit donc là, d'adhérences en nappe, en large surface, souvent solides à cause de leur ancienneté ; ce sont celles qui nécessitent la marsupialisation du fond du kyste, mais elles rentrent à proprement parler dans la catégorie des adhérences pariétales dont nous nous sommes occupé. Un groupe tout différent est représenté par les adhérences des anses intestinales qui flottent dans la partie supérieure de l'abdomen et viennent se mettre en contact avec la partie supérieure du kyste. Elles sont, avons-nous dit, relativement rares. Il leur manque une condition importante de développement, l'immobilité des parties en contact. Les anses intestinales sont en effet soumises à des mouvements incessants qui les empêchent d'être en rapport suivi avec un point déterminé. Il est probable néanmoins que, de temps en temps, une anse est pincée légèrement entre le kyste et la paroi abdominale antérieure et qu'elle se trouve ainsi relativement immobilisée. Si au même moment des conditions inflammatoires viennent faciliter l'adhésion, l'anse pourra se fixer au kyste. Mais l'immobilisation

n'a jamais été bien complète, les anses intestinales continuent à présenter tout au moins des mouvements vermiculaires, et ces mouvements tendront à étirer les adhérences. Aussi trouvera-t-on presque toujours des adhérences filamenteuses, vasculaires, longues mais étroites, reliant à la paroi kystique une anse de l'intestin. Cette forme filamenteuse comportera un traitement particulier ; il ne s'agira pas en effet de décoller l'adhérence soit du côté de l'intestin, mais on pourra le plus habituellement la sectionner à sa partie moyenne, après avoir posé une ligature. En tout cas, on peut dire que le siège le plus habituel des adhérences intestinales que nous venons de décrire est la partie antéro-supérieure du kyste, dans une zone sus-jacente à celle où vient se fixer l'épiploon. Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer des adhérences semblables dans toute la partie postérieure de la tumeur.

Il existe encore une forme d'adhérences intestinales, mais beaucoup plus rare que la précédente ; nous voulons parler des adhérences intestinales en surface. Il ne s'agira plus alors d'union à distance représentée par des liens filamenteux, mais d'une fusion de la surface intestinale avec la paroi kystique. Cette union se fait en général sur une étendue de quelques centimètres carrés, et sera représentée du côté de l'intestin par la moitié ou le tiers de sa circonférence sur une longueur qui pourra varier entre 2 ou 3, et 15 ou 20 centimètres. Ces adhérences peuvent siéger en des points très variés de la cavité abdominale, mais en général vers les parties supérieures ou latérales du kyste ; l'adhésion est intime et solide et ne permettra souvent pas le décollement sans amener quelque déchirure soit du côté du kyste, soit du côté de l'intestin ;

c'est-à-dire que le décollement proprement dit est le plus souvent impossible. Il faut des conditions particulières pour réaliser des adhérences de cet ordre : tantôt ce sont de petits foyers de péritonite localisée, qui auront permis l'adhésion rapide et définitive d'une portion d'intestin au kyste ; tantôt ce seront des bourgeonnements externes de masses néoplasiques solides à développement rapide ; tantôt ce sera un bourgeon extra-kystique qui viendra se greffer sur une portion de l'intestin en s'y fixant. Cette dernière forme d'adhérences intestinales constitue incontestablement une des plus grandes difficultés que l'on puisse rencontrer dans une ovariectomie, et le traitement méritera d'être discuté avec quelque développement.

III. Les fibromes utérins justiciables de la laparatomie, c'est-à-dire les fibromes volumineux dépassant la zone ombilicale, sont susceptibles eux aussi de présenter des adhérences en des points variés de l'abdomen ; mais c'est avec une fréquence incomparablement moins grande que les kystes de l'ovaire. Il n'est pas rare de trouver des séries d'hystérectomie pour fibromes, dans lesquelles on n'a rencontré aucune espèce d'adhérences. Ce fait signalé par tous les observateurs peut paraître étonnant, et nous nous arrêterons un instant pour essayer de lui chercher une explication.

Ce n'est évidemment pas la question de date qui vient entrer en ligne de compte, car les fibromes que l'on opère par la laparatomie ont demandé en général pour se développer un temps beaucoup plus long que les kystes qui présentent des adhérences. Ce n'est pas non plus la mobilité des fibromes qui peut expliquer cette absence

d'adhérences, car les utérus myomateux constituent des tumeurs moins mobiles incontestablement que les kystes de même volume. Il nous semble que la raison principale consiste en ce fait : que le tissu pathologique, c'est-à-dire les fibro-myomes interstitiels, se trouvent recouverts à leur surface extérieure d'une couche de tissu utérin distendu, mais normal; et que le péritoine qui revêt ce tissu utérin normal est lui-même parfaitement sain et ne présente aucune trace d'irritation. On se trouve en somme dans des conditions analogues à celles que l'on rencontre dans la grossesse, où l'utérus sain n'a pas de tendance malgré son développement à se fixer aux tissus voisins. En étudiant les adhérences dans les salpyngites, nous avons vu que le processus inflammatoire était la cause directe presque constante de la production des adhérences; dans les kystes de l'ovaire nous avons vu que des inflammations subaiguës entraient souvent en ligne de compte pour expliquer cette production, et que ces inflammations étaient dues à des ponctions, à des hémorragies intrakystiques, à la torsion du pédicule; ces diverses causes ne peuvent jamais influencer sur l'évolution des fibromes. Nous avons également montré que, pour les kystes de l'ovaire, des bourgeonnements extra-kystiques, c'est-à-dire l'envahissement de la surface par un véritable tissu néoplasique, pouvaient créer des fixations variées. Cette condition ne saurait non plus être réalisée dans les fibromes, où c'est un tissu sain qui forme le revêtement général des productions pathologiques. Ces raisons réunies nous indiquent pourquoi les fibro-myomes utérins restent le plus souvent libres et complètement indépendants.

Que les masses myomateuses viennent à évoluer du

côté péritonéal avec une tendance à s'énuccléer, la couche de tissu musculaire utérin qui les revêt s'amincit et peut disparaître complètement; il peut même se produire une véritable pédiculisation du fibrome du côté du péritoine; c'est là une des premières conditions que nous voulions mettre en lumière, et qui mette le fibrome à même de contracter des adhérences avec des organes variés. Lorsqu'un utérus myomateux arrive à acquérir un volume considérable, on peut observer des adhérences à sa partie supérieure, alors qu'il en est complètement dépourvu dans sa moitié inférieure. C'est probablement parce que les myomes développés dans la zone supérieure se sont plus facilement et plus complètement énucléés du côté de la surface. Les transformations pathologiques qui se produisent dans les masses myomateuses favorisent également la production d'adhérences; telles sont les dégénérescences graisseuses, les inflammations proprement dites, les véritables processus microbiens dont l'action prédisposante est facile à saisir. Il en est encore de même, lorsque les fibromes utérins évoluent dans le sens de la malignité, et se transforment en fibro-sarcomes ou en sarcomes proprement dits; ces masses néoplasiques contractent facilement des adhérences. Enfin, les dégénérescences kystiques semblent produire les mêmes effets, et l'importante adhérence intestinale rapportée dans l'observation de M. Auguste Pollosson milite en faveur de cette idée. En somme, les adhérences dans les fibromes restent rares tant que ceux-ci sont profonds; deviennent plus fréquentes lorsqu'ils sont superficiels ou pédiculisés; deviennent plus fréquentes encore lorsqu'ils sont le siège de poussées inflammatoires ou dégénératives, ou de trans-

formations malignes. Il est incontestable pourtant que les irritations, résultant de frottements répétés, peuvent exceptionnellement développer des adhérences légères en dehors des conditions sus-indiquées.

Où vont se faire les adhérences des fibromes? Etant donné ce que nous venons de dire sur la constitution des adhérences, dans le cas où les fibromes deviennent plus superficiels, nous aurions lieu de penser que c'est dans les zones supérieures que les connexions s'établissent le plus souvent. De fait, les adhérences pelviennes des fibromes sont rares. Bien souvent, il est vrai, la tumeur plonge du côté de l'excavation, elle y est plus ou moins fixée; mais c'est parce qu'il y a eu un développement intra-ligamentaire, et la portion pelvienne du fibrome est, en somme, extra-péritonéale. Cette disposition, qui crée de grandes difficultés au point de vue opératoire, n'a aucun rapport anatomo-pathologique avec des adhérences pelviennes. Si l'utérus fibromateux ne se développe pas du côté des ligaments larges, mais du côté de l'abdomen, s'il garde, en somme, dans son développement une forme plus ou moins analogue à un utérus en gestation, les adhérences pelviennes sont l'exception. Il en est de même des adhérences à la paroi abdominale antérieure.

On peut rencontrer avec une certaine fréquence des adhérences épiploïques peu étendues, mais très vasculaires, qui viennent se fixer à la partie antéro-supérieure de la tumeur; cette disposition se rencontre toutefois beaucoup plus rarement que dans les kystes de l'ovaire. C'est dans la même zone, c'est-à-dire dans les régions supérieures ou antéro-supérieures de l'utérus fibromateux que se constituent de temps en temps des adhérences intestinales; non

pas ces adhérences lâches et filamenteuses qui sont la règle dans les tumeurs ovariennes, mais des adhérences intimes, serrées, en surface, étendues sur la demi-circonférence d'une anse intestinale sur une longueur de 20 à 30 centimètres. Tantôt c'est le côlon transverse, tantôt c'est une anse de l'intestin grêle transversalement dirigée. Parfois le mésentère de l'anse ainsi soudée est également fusionné avec le fibrome par la face qui lui est contiguë. Quelquefois même, cette fusion du mésentère peut exister sans que l'anse intestinale elle-même soit adhérente. La caractéristique de ces adhérences intestinales est d'être très vasculaires, et c'est par elles que s'effectue en grande partie dans certains cas la nutrition du néoplasme. Pozzi signale ce fait que la pédiculisation du fibrome du côté utérin peut être telle que la nutrition ou l'irrigation vasculaire a sa source dans l'adhérence plus que dans le pédicule. Ce fait est bien en rapport avec les idées que nous avons précédemment émises, d'après lesquelles les fibromes énucléés émettent des adhérences plus facilement que ceux qui sont encore inclus dans une coque utérine saine; ces fibromes pédiculés, et presque libres, ne sont évidemment pas recouverts d'une couche de muscle utérin.

Il est maintenant des cas où l'on peut observer des adhérences nombreuses, variées, à tous les points qui viennent se mettre en contact avec la tumeur; c'est lorsqu'une évolution maligne a transformé le fibrome en fibro-sarcome ou en sarcome proprement dit. M. Auguste Pollosson nous a rapporté un cas de ce genre observé dans le service du regretté professeur Léon Tripier. Il s'agissait d'une femme opérée deux années auparavant d'un fibrome utérin, par M. le professeur Terrier; et qui

vit ultérieurement se développer dans son abdomen des masses néoplasiques volumineuses dures et lobulées. La laparotomie montra des connexions des masses néoplasiques, avec l'épiploon, avec la paroi abdominale et avec différents points du mésentère. L'examen anatomopathologique macroscopique et microscopique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un sarcome à point de départ utérin. En somme, les adhérences des fibromes sont rares relativement à celles que l'on observe dans les tumeurs ovariennes ; elles s'observent de préférence dans l'hémisphère supérieur ; et lorsqu'elles s'établissent avec l'intestin ; elles prennent rapidement, grâce à leur vascularité, des caractères d'une fusion véritable capable de défier toute dissection.

CHAPITRE II

Du traitement des adhérences.

Il ne nous est pas possible d'adopter pour ce chapitre le même ordre que nous avons suivi en étudiant l'anatomie pathologique, cela nous exposerait à des redites fréquentes. D'ailleurs, il est évident que le même traitement sera applicable aux adhérences à un même organe, l'épiploon, par exemple, qu'elles proviennent d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome utérin. Nous étudierons donc le traitement des adhérences par région. Voyons d'abord celles qui ont lieu du côté du bassin.

On les observe surtout dans les tumeurs inflammatoires des annexes et dans les kystes de l'ovaire. Quelle que soit leur origine, on procède pour les rompre par une manœuvre de décollement ; et même lorsqu'elles sont filamenteuses, ce qui est l'exception, on agit par la même manœuvre et en les déchirant. Ces décollements doivent autant que possible se faire avec la main qui est l'instrument le plus

intelligent et le moins dangereux. On procédera avec la pulpe des doigts ou avec les ongles, en agissant au ras de la masse à enlever ou en se rapprochant autant que possible de celle-ci. Si on a affaire à des adhérences récentes, le décollement sera en général facile, le seul danger ou pour mieux dire le seul ennui sera constitué par le suintement sanguin sur les surfaces déchirées. Ce ne sera pourtant le plus souvent qu'une hémorragie en nappe d'importance modérée et capable de s'arrêter sous l'influence d'une compression temporaire au moyen d'une éponge ou d'un tampon. Lorsqu'ils'agit de salpyngite, on peut avoir affaire en certains cas à des adhérences filamenteuses fixées à des points variés du cul-de-sac de Douglas ; si elles viennent à saigner, il sera facile de les saisir avec des pinces et de porter sur elles une ligature.

Nous devons signaler l'importance des adhérences à l'utérus, qui donnent le plus souvent un suintement sanguin persistant, difficile à maîtriser. On agira dans ces cas, en touchant la surface utérine qui saigne avec un thermocautère incomplètement éteint, et par ce procédé l'hémorragie sera habituellement arrêtée. Si elle continue malgré cette cautérisation, on devra traverser avec une aiguille munie d'un double fil de soie la base de la surface saignante, et lier en masse la portion de tissu utérin sous-jacente au décollement. En tout cas, la difficulté de l'hémostase, au niveau de la surface utérine dans les cas de salpyngite, donne l'indication de ne pas effectuer le décollement trop près de l'utérus.

Si, malgré les procédés que nous venons de décrire, il persiste un suintement dont on ne peut pas se rendre maître, on devra établir un tamponnement du cul-de-sac

de Douglas, avec des mèches de gaze aseptique qui seront laissées en place quelques jours, suivant la méthode de Mickulics.

Les adhérences étant plus anciennes, le danger ne sera plus dans le suintement hémorragique, mais dans les déchirures; on risquera particulièrement d'intéresser la surface du rectum, de la vessie et des uretères. Ce danger ne peut être évité qu'en se tenant pendant tout le décollement aussi près que possible de la masse que l'on enlève. Si malgré cette précaution, le péritoine pariétal a été déchiré sur le rectum, mettant à nu la couche de fibres musculaires, on devra songer qu'une perforation secondaire est à redouter et que les fistules stercorales consécutives ne sont pas rares; aussi, devra-t-on faire, autant que possible, des sutures qui recouvriront de péritoine la surface cruentée. Il va sans dire que si, au lieu d'une dénudation plus ou moins profonde on avait sous les yeux une déchirure, des sutures soignées devraient être immédiatement pratiquées. Il sera prudent, dans les cas où des perforations secondaires sont à craindre, de toujours placer un tamponnement de Mickulics lequel aurait au moins pour avantage de limiter le champ opératoire; et en agissant ainsi on aura encore de temps en temps des fistules intestinales, mais qui pourront secondairement guérir d'elles-mêmes, et on évitera les perforations intestinales dans le péritoine.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, on a souvent du côté de l'excavation des adhérences si intimes qu'il est impossible de les disséquer, et qu'on s'exposerait, en voulant faire trop bien, à déchirer fatalement le rectum, la vessie, les uretères ou les vaisseaux. On doit dans ce cas

savoir s'arrêter, et achever l'opération enu marspialisant le fond de la poche ; ce sera une terminaison moins brillante, mais plus prudente, et il ne faut pas l'oublier. Si des adhérences pelviennes solides fixaient dans l'excavation la partie inférieure d'un gros fibrome, on devrait songer aussi aux dangers des déchirures, et se contenter souvent d'une opération incomplète, en laissant cette portion adhérente, qui pourra d'ailleurs subir une régression progressive.

Une question générale se pose à propos du décollement des adhérences pelviennes, surtout lorsqu'il s'agit de l'ablation des annexes. Parmi les chirurgiens, les uns préfèrent introduire la main par une petite incision, et agir à l'aveugle dans le travail de décollement, guidés seulement par les sensations tactiles ; les autres préfèrent essayer d'éclairer le champ opératoire, et de voir autant que possible la région dans laquelle ils évoluent. Les avantages de la première méthode sont une rapidité plus grande d'exécution et une moindre chance d'infection venue du dehors ; ceux du second procédé consistent à se rendre maître d'une manière plus sûre des accidents hémorragiques. Pouvons-nous opter catégoriquement entre ces deux conduites ? Nous croyons que, lorsque l'ablation d'une salpyngo-ovarite par exemple, pourra se faire sans que l'on ait à rompre des adhérences ayant une importance quelconque, on pourra agir à l'aveugle, simplement avec la main. Mais pour peu que la tumeur soit fixée dans une certaine étendue, nous considérons comme incomparablement préférable d'essayer d'éclairer le champ opératoire et de voir tout ce que l'on fait ; les chances d'infection ne seront pas beaucoup augmentées et bien des

inconvenients seront évités. Parmi ces inconvenients, nous avons cité les hémorragies dont, en agissant ainsi, on se rendra maître d'une manière plus complète; d'autres avantages consistent en ce que l'on verra, s'il s'en produit, les ruptures intestinale ou les déchirures superficielles, et qu'on pourra y remédier; ils consistent encore en ce que la déchirure de la masse que l'on enlève risquant de déverser dans le péritoine une certaine quantité de liquide septique, on pourra protéger, au moyen d'éponges, les intestins et le péritoine général, de l'infection qui en résulterait.

Faut-il, pour voir d'une manière plus parfaite au fond de l'excavation, utiliser la position inclinée à 45 degrés, dite de Trendelenbourg? Nous considérons comme très sain le jugement qu'ont porté sur elle MM. Terrillon et Chapu dans leur *Manuel d'asepsie et d'antiseptie chirurgicales*: « Cette méthode présente plusieurs inconvenients; on éprouve une gêne notable pour effectuer les manœuvres usuelles, et le pus peut inonder le péritoine sous l'influence de la pesanteur ou des lavages antiseptiques.

« En revanche, elle empêche très efficacement la sortie des intestins et permet de bien éclairer le fond du bassin. Malgré l'éclairage favorable, il reste très difficile de placer des ligatures au fond du puits pelvien; mais on peut, à la rigueur, étreindre avec une pince les vaisseaux qui saignent et laisser cette pince à demeure sortant par l'incision abdominale.

« Ces avantages sont loin d'être aussi considérables qu'on pourrait le croire; la sortie des intestins est facilement évitée par une bonne anesthésie, une incision pas trop longue et des éponges bien placées.

« Quant à la facilité d'éclairer le bassin et de pincer les vaisseaux, nous ferons remarquer qu'une petite lampe électrique rendrait inutile la position inclinée et que, pour la question d'hémostase, elle se pose rarement d'une manière inquiétante; le plus souvent, on n'a que des suintements sanguins, qui s'arrêtent facilement par le drainage à la gaze iodoformée.

« L'utilité de la position inclinée reste entière pour les hémorragies graves du petit bassin. »

Les adhérences épiploïques ne constitueront jamais une grande difficulté. On ne se préoccupera pas de les décoller, mais on les sectionnera en se tenant en général au ras de la portion d'épiploon qui est venue au dehors. On saisira d'abord l'adhérence dans des pinces Longuet, puis on placera des ligatures au fil de soie. La conduite sera la même, qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire, d'un fibrome ou de tout autre néoplasme.

Nous en arrivons au traitement des adhérences intestinales. Elles sont le plus souvent représentées par des tractus filamenteux ou lamelleux. Dans ces cas, on se comportera comme nous venons de le dire pour l'épiploon; c'est-à-dire qu'on n'aura pas à se préoccuper de décoller les adhérences, mais qu'on les sectionnera après ligature.

La conduite à tenir devient difficile du moment où l'on se trouve en présence d'adhérences intestinales en surface. Sont-elles récentes? elles pourront encore se rompre sous l'influence de tractions douces et en les décollant avec un corps mousse, ou mieux avec les doigts. Dès que l'on est obligé d'avoir recours à l'emploi d'instruments tranchants, on doit agir le plus près possible de la tumeur pour ne pas

déchirer l'intestin. Mais ces décollements lorsqu'ils ont été un peu laborieux laissent souvent à leur suite une surface dénudée saignotante, dont il faut tout d'abord assurer l'hémostase. On essayera de la compression exercée au moyen d'une éponge ou d'un tampon ; on pourra placer sur certains points des pinces hémostatiques saisissant peu le tissu et qui seront laissées en place quelques minutes. Un autre moyen consistera à toucher la surface suintante au moyen d'un tampon imbibé d'une solution phéniquée forte dont la propriété coagulante pourra effectuer l'hémostase ; on aura encore avantage à recourir au thermocautère, que l'on fera agir en l'approchant seulement de la surface qui saigne, de façon à ce qu'elle subisse l'influence de la chaleur rayonnante, mais sans qu'il y ait contact. Enfin, on pourra, dans certaines circonstances, toucher la plaie en question, mais d'une manière légère et très superficielle, avec le thermocautère médiocrement chauffé.

Il ne faut pas oublier en agissant ainsi qu'une escarre un peu profonde, produite par la cautérisation, pourrait, en s'éliminant ultérieurement, donner naissance à une perforation intestinale. Si la plaie est petite et saigne avec une grande opiniâtreté, on pourra saisir avec une pince les lèvres de la plaie et placer sur le tout une ligature. En cas d'échec de ce procédé, on devra faire, au moyen d'une aiguille très fine, une suture à la soie, de telle sorte que la séreuse soit appliquée contre la séreuse. M. le professeur Laroyenne insiste beaucoup, d'une manière générale, sur l'utilité qu'il y a, à ne pas laisser dans l'abdomen une surface quelconque dépourvue de séreuse, et cela à cause des adhérences qui peuvent plus tard se for-

mer à ce niveau. La dernière conduite que nous venons d'exposer a l'avantage de répondre à cette indication.

Les déchirures de la surface intestinale exposent donc à des hémorragies ; elles produisent aussi un amincissement de la paroi faisant craindre une perforation secondaire ; dans certains cas enfin, elles peuvent aller jusqu'à la perforation véritable immédiate. Dans ce dernier cas, on devra également avoir recours à des sutures qui agiront à la fois, en oblitérant la perforation et en rétablissant la continuité séreuse.

Tout ce que nous venons de dire sur les lésions de l'intestin ne s'applique qu'aux déchirures superficielles ou profondes peu étendues de cet organe.

Si les surfaces cruentées que l'on veut recouvrir par la suture occupent une étendue transversale de plus d'un centimètre, on s'exposerait à produire une oblitération plus ou moins grande du calibre intestinal et on aurait à craindre des phénomènes d'obstruction consécutifs.

La conduite à suivre devient donc grave et très difficile lorsque les adhérences sont étendues transversalement, occupant par exemple la moitié de la circonférence intestinale, et lorsqu'en même temps elles sont étendues longitudinalement sur une certaine longueur. On peut voir, en effet, la fusion s'établir sur une longueur de 20 ou de 30 centimètres d'intestin. Dans ces cas, il devient difficile et souvent impossible d'assurer l'hémostase sur une pareille surface, la suture recouvrant de séreuse la surface cruentée exposerait sûrement à une oblitération du calibre intestinal ; de plus, les manœuvres de décollement sur une aussi vaste étendue exposeraient, d'une manière presque fatale, à la production d'une ou plusieurs

perforations plus ou moins étendues. On a conseillé alors une conduite toute particulière, consistant à sectionner la partie de kyste adhérente à l'intestin, à se débarrasser de l'ensemble de la tumeur et à traiter ensuite de manière variée le point qu'on a laissé adhérent. S'il s'agit, par exemple, d'un morceau de kyste de l'ovaire sectionné tout autour de la zone adhérente, on doit, comme le conseille Hegar, racler l'épithélium proliférant de la paroi du sac, ou tout au moins le détruire par la cautérisation; on ne laisse ainsi que la paroi externe fibreuse du kyste, c'est-à dire une couche qui n'a pas de tendance proliférante. Il est incontestable, au contraire, que si on avait laissé toute l'épaisseur de cette paroi kystique, la couche épithéliale aurait pu continuer à croître, ou être le point de départ de greffes néoplasiques à la surface du péritoine.

Si les adhérences intestinales sont très étendues, on pourrait terminer l'opération par une marsupialisation, en comprenant, dans la poche qu'on abandonne, la zone adhérente à l'intestin, et en se débarrassant de la plus grande partie de la tumeur.

Lorsque les adhérences intestinales ont lieu avec des fibromes, elles sont très intimes et, en même temps, très vasculaires. Elles peuvent former de véritables racines vasculaires adventices, plus importantes, suivant l'expression de Pozzi, que la racine initiale ou pédiculaire. Pour détacher ces adhérences, quand elles sont très serrées, on pourra se servir d'un procédé recommandé par Schroöder; on laissera adhérente à l'intestin la couche superficielle ou péritonéale du corps fibreux, puis on passera à ce niveau un ou plusieurs fils de catgut, de manière à amener l'affrontement de cette surface cruentée.

M. Pozzi, dans son *Traité de gynécologie*, donne une figure pour montrer exactement la manière dont cette suture doit être faite, et ce mode de traitement des adhérences intestinales est le seul que rapporte cet auteur.

Le procédé de laisser une couche de fibrome ou de paroi kystique est-il toujours possible ? est-il facile ? Et ne peut-on pas le remplacer dans certains cas, par une méthode meilleure, c'est ce que nous voulons examiner. Cette méthode de Schroëder a, en effet, des inconvénients que nous voulons signaler. Lorsqu'une paroi de kyste raclée ou cautérisée est abandonnée, elle constitue une zone d'irritation dépourvue de péritoine qui, en dehors de toute complication septique, peut être le point de départ d'adhérences ultérieures. On sait à l'heure actuelle que des accidents d'occlusion peuvent en être la conséquence. D'autre part, la destruction de la couche épithéliale n'est pas sûrement complète, et l'on reste toujours exposé à des récidives ou à des greffes. Le procédé de Schroëder appliqué aux fibromes, l'abandon d'une mince couche fibromateuse disséquée, et suturée ensuite pour rétablir la continuité séreuse, présentera encore l'inconvénient de rétrécir d'une manière notable, et parfois très dangereuse, le calibre de l'intestin.

De plus, pour suivre cette méthode, il faut y être décidé d'avance, et bien souvent la question se pose d'une manière imprévue : on a commencé la dissection ou le décollement d'une anse intestinale adhérente ; cette libération s'effectue dans une certaine étendue d'une manière satisfaisante ; puis en continuant, on arrive, soit à déchirer les tuniques externes de la paroi intestinale, soit à faire une perforation véritable, et cela, avant qu'on se soit cru

obligé de disséquer, pour l'abandonner, une couche de fibrome. On se trouvera, en somme, arrêté dans une dissection reconnue impossible, à un moment où l'intégrité de l'intestin est déjà lésée. Parfois, des difficultés d'un autre ordre viendront encore compliquer la situation. L'anse intestinale libérée d'une manière plus ou moins satisfaisante, et non sans quelque éraillure superficielle, a son mésentère adhérent, et en disséquant celui-ci, on lui fait des déchirures. Une portion d'intestin se trouve ainsi dépourvue de mésentère et exposée au danger de se gangrener. Il résulte en effet des expériences de Madelung, de celles de Zexas, et des observations cliniques de plusieurs chirurgiens, qu'une anse intestinale, dont le mésentère est déchiré, est exposée à la gangrène et à des perforations secondaires. La conclusion, tirée par ces auteurs est la suivante : quand le mésentère a été coupé près de l'intestin, la portion correspondante de l'intestin doit être réséquée. M. Gouilloud a insisté sur ce point, à propos d'une observation de cancer de l'épiploon, dans laquelle le mésentère déchiré donna lieu à un sphacèle de l'intestin. Ces adhérences au mésentère, lesquelles peuvent être suivies de déchirure, ont été observées, à titre exceptionnel il est vrai, dans des cas de kyste de l'ovaire. M. Fochier nous a rapporté oralement une observation, où une adhérence mésentérique le conduisit à marsupialiser un kyste.

Devant tous les dangers que nous venons d'énumérer, (durée de la dissection, difficulté de l'hémostase, danger, de perforation primitive ou secondaire, possibilité du sphacèle) une conduite différente nous paraît s'imposer, la résection de l'anse adhérente, quelle que soit son éten-

due et la suture circulaire des parties sectionnées. On évitera ainsi les dangers des hémorragies, le danger d'adhérences secondaires, celui d'une perforation et celui d'une gangrène. Cette conduite est plus franche et plus simple, et remédie à presque tous les inconvénients signalés. On pourra objecter la prolongation de durée de l'opération ; mais cette objection n'est qu'apparente. Pour faire une suture intestinale soignée, il est à peine besoin d'un quart d'heure ; il faut plus de temps pour faire la dissection difficile, l'hémostase, ou les sutures que nécessiterait la libération de l'anse. Si ce point reste discutable pour une adhérence peu étendue, il ne l'est plus quand l'intestin est soudé sur une longueur de 25 ou 30 centimètres. Nous croyons donc, qu'il sera bon souvent de se décider rapidement à sectionner ainsi une anse intestinale. La gravité opératoire ne sera augmentée que bien peu, et ce serait une grave erreur de croire que, lorsqu'on a suivi cette conduite, c'est à elle qu'il faut imputer l'insuccès opératoire. La mort peut survenir pour un ensemble de raisons, parce que les malades auront un état général mauvais, parce que l'opération relative à la tumeur est par elle-même longue et difficile ; et ce ne sont pas les dix ou quinze minutes nécessitées par la suture qui augmenteront le shock.

Nous rapportons ici deux observations de résection intestinale, la première nous a été communiquée par M. le professeur Poncet, et la seconde appartient à M. Auguste Pollosson.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Poncet,)

Fibrome de l'utérus à marche rapide, résection d'une anse de l'intestin grêle de 0,15 de longueur, adhérente à la tumeur. — Hystérectomie abdominale.

Il s'agit d'une femme de trente-six ans chez laquelle un fibrome utérin dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt provoquait des métrorragies et quelques accidents de compression. La tumeur s'était surtout accrue depuis dix mois. M. Poncet pratiqua la laparatomie pour enlever la tumeur par la voie abdominale. Au moment de luxer la tumeur en avant, il constata l'existence de quelques adhérences épiploïques qui furent sans incident sectionnées entre deux ligatures. Il existait en outre sur une longueur de 15 à 20 centimètres une bride de 2 à 3 centimètres de hauteur d'une vascularité extrême, fixant une anse de l'intestin grêle au sommet de la tumeur. Cette bride était sillonnée par d'énormes vaisseaux sinueux, formant par leur dilatation cirsoïde un bouquet vasculaire ininterrompu. M. Poncet essaya inutilement de déchirer méthodiquement ces adhérences qui s'étendaient sur l'anse intestinale à la manière d'un éventail, et qui formaient un large ruban unissant sans aucune mobilité l'intestin à la tumeur. On ne pouvait songer à placer sur cette bride étalée des pinces hémostatiques sans éteindre l'anse intestinale. Des tentatives de rupture des adhérences provoquèrent immédiatement une hémorragie abondante, alors que le doigt côtoyait la surface d'adhésion à la tumeur. Ces manœuvres d'autre part, quoiqu'exécutées avec la plus grande douceur, risquaient de provoquer des déchirures de l'intestin. C'est alors que M. Poncet pratiqua, séance tenante, la résection de l'anse adhérente et la suture de ses deux bouts. L'hystérectomie fut faite suivant les règles habituelles et le moignon utérin fut lié, puis suturé et réin-

tégré dans la cavité abdominale. La malade succomba dans la nuit qui suivit l'opération et à l'autopsie on trouva une hémorragie interne due au glissement d'une ligature appliquée sur le ligament large du côté droit.

M. Poncet, assisté dans cette opération par M. Auguste Pollosson n'a eu qu'une fois l'occasion de pratiquer la résection de l'intestin avec entérorraphie pour adhérence de ce dernier dans le cas de fibrome. Plusieurs fois il s'est trouvé en présence de quelques adhérences épiploïques, du reste peu étendues, qu'il a sectionnées entre deux ligatures, alors que cette manœuvre est rendue facile par la disposition même de l'épiploon que l'on peut en quelque sorte, à volonté, pédiculiser.

Cette résection, d'une étendue plus ou moins grande de l'intestin, peut être, comme dans le cas de M. Poncet, nécessitée par des adhérences très étendues d'une grande vascularité, et lorsque, bien entendu, tous les autres moyens, jusqu'ici conseillés, paraissent après quelques tentatives, devoir échouer. La déchirure de l'intestin, l'impossibilité d'assurer l'hémostase, sont autant d'indications de grande valeur ; mais, d'après M. Poncet, on ne devra recourir à cette résection que lorsqu'il sera bien démontré que l'on ne peut, sans danger immédiat, sculpter dans la tumeur la partie adhérente qui reste alors fixée à l'intestin, pour être ensuite, l'hémostase réalisée, abandonnée dans la cavité péritonéale.

C'est certainement cette dernière manœuvre qui est la manœuvre de choix dans nombre de circonstances, et à laquelle on doit toujours songer en premier lieu. Il faut, en effet, grandement tenir compte de cette observation,

maintes fois contrôlée par M. Poncet, c'est que ces énormes fibromes sont surtout vasculaires par leur périphérie et qu'une fois la coque franchie on peut sans crainte d'hémorragie les entailler profondément.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. Auguste Pollosson. Mars 1893.)

Fibrome kystique volumineux de l'utérus. Adhérence intime d'une anse intestinale. Résection et entérorraphie. Guérison.

Madame X., âgée de cinquante-cinq ans a eu trois enfants et a été réglée assez régulièrement jusqu'à présent. Son ventre s'est mis à grossir depuis six ans. Elle est gênée surtout par le volume de la tumeur qui détermine des phénomènes de compression, des troubles intestinaux et des troubles urinaires. Depuis quelques mois, l'état général va en déclinant. Il y a deux ans un médecin fit une ponction et retira 16 litres de liquide. A son entrée à l'hôpital, la malade présente un ventre dont les proportions sont considérables, fluctuant par place, et donnant en d'autres points la sensation de masses solides. La consistance de la tumeur, et la connaissance de la ponction pratiquée il y a deux ans, faisaient songer à un kyste de l'ovaire avec masses solides. M. Auguste Pollosson fit une laparotomie médiane remontant très haut, au-dessus de l'ombilic. Il tomba sur une tumeur solide sur la ligne médiane. Sur celle-ci était implanté à droite un kyste contenant 3 à 4 litres; et une poche énorme s'étendait dans le flanc gauche contenant au moins 10 litres de liquide; on n'a pu évaluer exactement sa contenance, parce qu'elle se rompit au cours de l'opération. Restait une tumeur fibromateuse, volumineuse, qui fut attirée hors de la plaie abdominale. Elle présentait sur sa face antérieure quelques adhérences épiploïques qui furent section-

nées après ligature au fil de soie. Sur la partie antéro-supérieure, on voyait une masse intestinale transversalement dirigée, et adhérente au fibrome sur une longueur d'environ 30 centimètres. Cette anse fut libérée avec beaucoup de peine, et présentait après sa libération une surface cruentée, saignotante, occupant à peu près la moitié de la surface intestinale dans toute sa longueur. Sur toute cette surface cruentée, les parois intestinales étaient amincies par arrachement de la couche péritonéale et d'une partie de la couche musculaire. En un point même, une petite perforation s'était produite. Bien qu'il eût été possible d'oblitérer aisément cette petite perforation, M. A. Pollosson pensa que cette anse constituait, pour l'opérée un immense danger, en raison des difficultés de l'hémostase et de l'amincissement des parois intestinales. Aussi l'anse fut-elle immédiatement réséquée au delà de la zone adhérente, et une suture intestinale, avec vingt-quatre points de fil de soie placés suivant la méthode de Lembert, et sur un seul plan, fut pratiquée.

Il va sans dire qu'une ligature en chaîne fut placée sur la portion de mésentère correspondant à l'intestin réséqué. On put alors enlever le fibrome qui était implanté par un pédicule large de 5 à 6 centimètres sur le fond de l'utérus immédiatement au-dessus de l'insertion des trompes. Ce pédicule fut sectionné, puis fixé à la plaie. La suture intestinale fut abandonnée librement dans l'abdomen, la plaie de la laparotomie fut réunie par une suture à trois plans. L'ensemble de l'opération a duré une heure et quart. Les suites opératoires ont été des plus simples. Au bout de deux jours, la malade allait spontanément à la selle malgré qu'elle prît chaque jour 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Il n'y eut pas de complications fébriles ni infectieuses et, au bout d'un mois et demi, la malade quitte l'hôpital, parfaitement guérie.

CONCLUSIONS

Sans entrer ici, dans un résumé qui deviendrait rapidement fastidieux, de tout ce que nous avons dit sur l'anatomie pathologique et le traitement des adhérences en général, nous nous en tiendrons à cette conclusion, qui émane de notre chapitre sur le traitement des adhérences à l'intestin et de l'observation de M. Auguste Pollosson, à savoir : que la résection intestinale avec suture est le procédé le plus simple et le plus innocent que l'on puisse employer dans le traitement des adhérences intestinales difficiles à décoller.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

